

Liebe Patientin,

herzlich willkommen in meiner Hormon- und Wechseljahre-Sprechstunde. Schön, dass Sie den Weg zu mir gefunden haben.

Mit den nachfolgenden Fragen möchte ich mir bereits vor unserem Termin einen Überblick über Ihre gesundheitliche Vorgeschichte, Ihre aktuellen Beschwerden und Ihre persönlichen Ziele verschaffen. Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig. Sollten Sie sich bei einzelnen Angaben unsicher sein, lassen Sie das Feld einfach frei. Offene Fragen besprechen wir gemeinsam im persönlichen Gespräch.

Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte lassen Sie mir den ausgefüllten Anamnesebogen mindestens drei Tage **VOR** Ihrem Erstgespräch zu kommen. Sie können ihn über Doctolib verschlüsselt übermitteln oder persönlich in der Praxis abgeben.

1. Personenbezogene Angaben

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Straße:	Hausnummer:
Postleitzahl:	Wohnort:
Telefonnummer:	Mobilnummer:
E-Mail-Adresse:	
Beruf:	Wochenarbeitszeit:
Alter:	Gefühltes Alter:

2. Was führt Sie heute zu mir?

Beschwerde	0	1	2	3	4	Gewünschte Stärke
Hitzewallungen / Schweißausbrüche	☐	☐	☐	☐	☐	
Herzbeschwerden / Herzklopfen	☐	☐	☐	☐	☐	
Schlafstörungen	☐	☐	☐	☐	☐	
Tagesmüdigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	
depressive Verstimmung	☐	☐	☐	☐	☐	
Reizbarkeit	☐	☐	☐	☐	☐	
Ängstlichkeit / innere Unruhe	☐	☐	☐	☐	☐	
körperliche Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐	
geistige Erschöpfung	☐	☐	☐	☐	☐	
Konzentrationsprobleme / Brain Fog	☐	☐	☐	☐	☐	
Gedächtnisprobleme	☐	☐	☐	☐	☐	
Gelenk- und Muskelbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐	
sexuelle Unlust / Libidoverlust	☐	☐	☐	☐	☐	
Scheidentrockenheit / sexuelle Beschwerden	☐	☐	☐	☐	☐	
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	☐	☐	☐	☐	☐	
wiederkehrende Harnwegsinfekte	☐	☐	☐	☐	☐	
Blasenbeschwerden / ungewollter Urinverlust	☐	☐	☐	☐	☐	
Gewichtszunahme	☐	☐	☐	☐	☐	
Zyklusveränderungen	☐	☐	☐	☐	☐	
Blutungsstörungen	☐	☐	☐	☐	☐	

Anamnesebogen

Hormon- und Wechseljahre-Sprechstunde



dr. med. Sandra Zsiray-Elsen
FACHÄRZTIN FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE

3. Wie stark beeinträchtigen Ihre Beschwerden Ihren Alltag?

Beeinträchtigung	0	1	2	3	4
Schlaf	☐	☐	☐	☐	☐
Beruf / Leistungsfähigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Familie / Alltag	☐	☐	☐	☐	☐
Partnerschaft	☐	☐	☐	☐	☐
Sexualität	☐	☐	☐	☐	☐
Lebensqualität insgesamt	☐	☐	☐	☐	☐

4. Welches Ziel ist Ihnen besonders wichtig?

Ihre Ziele (bitte wählen Sie maximal 3 aus)

Besserer Schlaf	☐
Wieder mehr Energie haben	☐
Hitzewallungen reduzieren	☐
Konzentration verbessern	☐
Stimmung stabilisieren	☐
Wieder mehr Freude an Sexualität haben	☐
Scheidentrockenheit verbessern	☐
Blutungsstörungen behandeln	☐
Gewicht besser kontrollieren	☐
Beschwerden besser verstehen	☐
Beratung zu einer Hormontherapie	☐
Beratung zu nicht-hormonellen Behandlungsmöglichkeiten	☐
Ärztliche Zweitmeinung	☐
Sonstige:	

5 Zyklus, Perimenopause und Wechseljahre

Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Periodenblutung bekamen?

- Haben Sie derzeit noch Regelblutungen?
- ☐ ja, regelmäßig
 - ☐ ja, unregelmäßig
 - ☐ seit mehr als 12 Monaten keine Blutung
 - ☐ nach Gebärmutterentfernung nicht beurteilbar

Seit wann haben sich Ihre Blutungen verändert?

Wie lange dauert Ihr Zyklus derzeit ungefähr?	Zykluslänge: Tage Blutungsdauer: Tage ☐ nicht beurteilbar
Wie würden Sie Ihre Blutungen beschreiben?	☐ Unverändert ☐ Schwächer geworden ☐ Stärker geworden ☐ Unregelmäßig ☐ Verlängert ☐ Verkürzt ☐ Zwischen- oder Schmierblutungen ☐ Blutungen nach Geschlechtsverkehr
Leiden Sie unter Regelschmerzen?	☐ Nein ☐ Leicht ☐ Mittel ☐ Stark

6 Wechseljahre

	Ja	Nein
Seit wann bestehen Beschwerden, die Sie mit den Wechseljahren in Verbindung bringen? _____ Jahre		
Wie alt waren Sie bei Ihrer letzten natürlichen Regelblutung? _____ Jahre		
Wurde bei Ihnen bereits eine Menopause festgestellt? ☐ Unsicher	☐	☐
Wurde bereits eine vorzeitige Menopause / ovarielle Insuffizienz festgestellt? ☐ Ein Verdacht wurde geäußert	☐	☐
Sind nach mindestens zwölf Monaten ohne Menstruation erneut Blutungen aufgetreten?	☐	☐

7 Schwangerschaft, Geburt und Verhütung

	Ja	Nein
Haben Sie Kinder geboren?	☐	☐
- Wenn ja, wie viele Kinder haben Sie geboren? _____		
- Und in welchem Jahr? (S=Spontangeburt; K=Kaiserschnitt; G=Saugglocke)		

Sind Sie zurzeit schwanger?	☐	☐
Haben Sie derzeitigen Kinderwunsch?	☐	☐
Eventuell später?	☐	☐
Verhüten Sie derzeit?	☐	☐
Wenn ja, mit welchem Verhütungsmittel? _____		

8 Hormonanamnese

	Ja	Nein
Haben Sie bereits eine Hormontherapie erhalten?	☐	☐
Wenn ja, welche Präparate haben Sie bisher angewendet?	☐ Estradiol-Gel ☐ Estradiol-Pflaster ☐ Estradiol-Tabletten ☐ Progesteron ☐ andere Gestagene (Gelbkörperhormone) ☐ vaginales Estriol ☐ vaginales Estradiol ☐ Testosteron ☐ DHEA ☐ Phytoöstrogene ☐ Mönchspfeffer ☐ Sonstige: _____	
Seit wann wenden Sie diese Therapie an bzw. wann haben Sie sie angewendet?	_____ Jahre	
Wenn ja, welche Präparate haben Sie bisher angewendet?	☐ Frauenärztin / Frauenarzt ☐ Hausärztin / Hausarzt ☐ Endokrinologie ☐ andere Praxis: _____	
Wie beurteilen Sie die Wirkung?	☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Teilweise ☐ Keine Wirkung ☐ Beschwerden verschlechtert	
Sind Nebenwirkungen aufgetreten? - Wenn ja, welche?	☐	☐
Warum wurde die Therapie beendet oder geändert?	_____ _____ _____	

9 Gynäkologische Anamnese

	Ja	Nein
Wann war Ihr letzter Frauenarztbesuch / letzte gyn. Vorsorge? _____		
Gab es dabei auffällige Befunde? _____	☐	☐
- Wenn ja, welche? _____		
Wann wurde zuletzt ein vaginaler Ultraschall durchgeführt? _____		
Gab es dabei auffällige Befunde? _____	☐	☐
- Wenn ja, welche? _____		
Wann wurden zuletzt Ihre Brüste untersucht? _____	☐ Mammographie und/oder ☐ Ultraschall	
Gab es dabei auffällige Befunde? _____	Datum: _____	☐
- Wenn ja, welche? _____	☐	☐
Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen?	☐ Endometriose ☐ Adenomyose ☐ Myome ☐ hoch aufgebaute Gebärmutterschleimhaut ☐ Erkrankungen der Eierstöcke ☐ auffälliger PAP-Abstrich ☐ HPV-Infektion ☐ OP an Gebärmutter, Eierstöcken, Brust ☐ Sonstige: _____	

10 Allgemeine Erkrankungen

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Erkrankungen?	☐ Bluthochdruck ☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Herzinfarkt ☐ Schlaganfall ☐ Thrombose ☐ Lungenembolie ☐ Gerinnungsstörung ☐ Diabetes mellitus ☐ Schilddrüsenerkrankung ☐ Fettstoffwechselstörung ☐ Lebererkrankung ☐ Bauchspeicheldrüsenerkrankung ☐ Gallenblasenerkrankung ☐ Nierenerkrankung ☐ Osteoporose ☐ Schlafapnoe ☐ Asthma / COPD ☐ Depression ☐ Angststörung ☐ Migräne mit Aura ☐ Epilepsie ☐ Adipositas ☐ Krebserkrankung ☐ Sonstige: _____
---	--

11 Medikamente und Allergien

	Ja	Nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?	☐	☐
- Wenn ja, welche?		
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?	☐	☐
- Wenn ja, welche?		

12 Familienanamnese

Sind bei Blutsverwandten, z. B. Eltern, Geschwistern, Kindern, Großeltern, Tanten oder Onkeln, folgende Erkrankungen bekannt?

	Wer	Alter	Ja	Nein
Brustkrebs?			☐	☐
Eierstockkrebs?			☐	☐
Gebärmutterkrebs?			☐	☐
Darmkrebs?			☐	☐
Prostatakrebs?			☐	☐
Thrombose / Lungenembolie?			☐	☐
Herzinfarkt vor dem 60. Lebensjahr?			☐	☐
Schlaganfall?			☐	☐
Osteoporose?			☐	☐
Diabetes mellitus?			☐	☐
Schilddrüsenerkrankung?			☐	☐
Demenz?			☐	☐
Sonstige relevante Erkrankungen?			☐	☐

13. Lebensstil

		Ja	Nein
Rauchen Sie?	☐ nein ☐ nicht mehr ☐ gelegentlich ☐ täglich – wie viele Zigaretten:		
Trinken Sie Alkohol?	☐ nein ☐ selten ☐ ca. 2 x die Woche ☐ täglich		
Treiben Sie Sport?		☐	☐
Wenn ja: Welche Sportart und in welchem Umfang?			
.....			
.....			

14 Schlaf

	Ja	Nein
Wie würden Sie Ihren Schlaf beschreiben?	☐ Ich schlafe gut. ☐ Ich schlafe schlecht ein. ☐ Ich wache nachts häufig auf. ☐ Ich wache morgens zu früh auf. ☐ Ich fühle mich morgens nicht erholt. ☐ Ich bin tagsüber häufig müde. ☐ Ich schlafe tagsüber regelmäßig ein.	
Schnarchen Sie?	☐	☐
	☐ weiß ich nicht	
Hat Ihr Partner oder Ihre Partnerin Atemaussetzer beobachtet?	☐	☐
	☐ weiß ich nicht	
Wurde bereits eine Schlafapnoe festgestellt?	☐	☐
	☐ weiß ich nicht	
Wurde bereits ein Schlaflabor durchgeführt?	☐	☐
- Wenn ja, wann?		

15 Sexualität

	Ja	Nein
Möchten Sie dieses Thema im Gespräch vertiefen?	☐	☐
Sind Sie mit Ihrer Sexualität derzeit zufrieden?	☐	☐
	☐ keine Angaben ☐ nachlassende sexuelle Lust ☐ verminderte Erregbarkeit ☐ Scheidentrockenheit ☐ Schmerzen beim Geschlechtsverkehr ☐ Orgasmus schwieriger erreichbar ☐ Beschwerden in der Partnerschaft ☐ Sonstige: _____	
Falls nein: Welche Beschwerden bestehen?		
Wie stark beeinträchtigen diese Beschwerden Ihre Lebensqualität?	☐ gar nicht ☐ leicht ☐ mittel ☐ stark	

Datum

Unterschrift der Patientin